ASSOCIATION TARTINES & CALINS

TEMPS ACTIVITES PERISCOLAIRE

INSCRIPTION rentrée *scolaire-2014*

Mode d'emploi

Chers parents

L'association Tartines & Câlins est missionnée par la commune pour mettre en œuvre l'organisation des TAP (Temps d'Activités Périscolaires) applicables dès la rentrée scolaire 2014.

Aussi, dans l'objectif de simplifier les modalités d'inscription et d'accueillir vos enfants dans les meilleures conditions, nous vous demandons de respecter la procédure suivante :

- Les dossiers peuvent être réceptionnés de 7h30 à 8h30 et de 16h30 à 19h tous les jours sauf le mercredi dans les locaux du périscolaire ou auprès de Mme Marie Claude MICHEL, secrétaire comptable de l'association (1er étage de la maison Roche), les lundis et vendredis matin de 8h à 11h.

- Devront être joint au dossier :

  ✓ **Enfants NON inscrits au périscolaire pour 2014**
  - Fiche de renseignements par enfant
  - Fiche médicale avec possibilité de la rendre en septembre
  - Attestation d'assurance pour les activités périscolaires valable pour l'année à venir, possibilité de la rendre en septembre
  - 3 chèques (2 de 30€ et 1 de 45. €) ; le dernier sera ajusté en fonction de votre quotient familial
  - Avis d'imposition 2013 sur les revenus 2012. En l'absence de ce document le tarif maximum sera appliqué

  ✓ **Enfants déjà inscrits au périscolaire pour 2014**
  - 3 chèques (2 de 30€ et 1 de 45. €) le dernier sera ajusté en fonction de votre quotient familial
  - Fiche médicale avec possibilité de la rendre en septembre
  - Attestation d'assurance pour les activités périscolaires valable pour l'année à venir, possibilité de la rendre en septembre

LE DELAI DE REMISE DES INSCRIPTIONS EST FIXE AU **LUNDI 16 JUIN 2014.**

Association Tartines et Câlins
Cours Victor Hugo
13980 Alleins

Secrétariat tél : 04 90 59 35 80

Périscolaire tél : 04 42 55 06 81

FICHE DE RENSEIGNEMENTS TAP

Nom Prénom. Classe en 09.2014

Date de Naissance

☐ Fille ☐ Garçon

Adresse
CP Ville

	Père	Mère
Nom Prénom		
Situation de famille		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Email		
Téléphone Professionnel		
Assurance responsabilité civile couvrant l'enfant :		
REGIME DE L'ENFANT : CAF (Régime général + F. publique/ Educ Nat) ☐ MSA – EDF/GDF – SNCF		Numéro obligatoire :

Autres personnes à prévenir Nom et Prénom Téléphone
Lien de parenté

Renseignements divers, recommandations utiles des parents

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné père, mère, tuteur, responsable légal de l'enfant

☐ Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche.
☐ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs.
☐ Autorise l'accueil de loisirs à utiliser les photographies et vidéo où apparaît mon enfant pour affichage au centre, parution dans les brochures, bulletins, site Internet municipaux et intercommunaux, école.
☐ Autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

Fait le .....à.....
Signature Nom Prénom :.....

TAP 2014

FICHE DE MEDICALE

A REMPLIR PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT

ENFANT Nom Prénom

Date de naissance Poids Taille :

Fille ☐ Garçon ☐

VACCINATIONS :
L'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires ☐

APTITUDE :
L'enfant est apte à la vie en collectivité ☐
L'enfant est apte à la pratique du sports ☐

ALLERGIE OU MALADIE DE L'ENFANT :

Allergie médicamenteuse : oui ☐ non ☐ Laquelle :

Allergie autre oui ☐ non ☐ Laquelle

Traitement : oui ☐ non ☐: Lequel

Indiquez ici les difficultés de sante en précisant les dates :
(Maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations)
.....

Un protocole d'accueil individualise (PAI) peut être mis en place selon le problème de santé rencontré

ALLERGIE OU MALADIE NECESSITANT UN PROTOCOLE D'ACCUEIL INDIVIDUALISE :

Allergies ou intolérances alimentaires	oui ☐ non ☐
Problèmes respiratoires	oui ☐ non ☐
Troubles neurologiques	oui ☐ non ☐
Troubles de la coagulation sanguine	oui ☐ non ☐
Diabète	oui ☐ non ☐
Autres problème de santé:	oui ☐ non ☐ lesquels

Le PAI de l'école ou de l'ALSH peut être utilisé

Je soussigné(e), ..., déclare exact les renseignements médicaux portés sur cette fiche.

Date tampon et signature :